SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ SULL'ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE

(resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL DICHIARANTE

Cognome CICALE Nome FRANCA

Data di nascita 15/01/57 Luogo di nascita Chiaromonte - PZ Prov ____

in relazione alla nomina di Componente del Tavolo Tecnico per gli adempimenti relativi alla gara per l'affidamento del servizio di soccorso sanitario con elicottero e di gestione, manutenzione ed assistenza antincendio presso le basi operative e le elisuperfici impiegate nell'ambito del Sistema dell'emergenza/urgenza della Regione Basilicata;

consapevole delle conseguenze penali delle dichiarazioni false o mendaci previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 42 D.Lgs. n. 50/2016,

DICHIARA

a) di non trovarsi, per quanto gli è dato sapere, in condizione, anche potenziale, di conflitto di interessi con le attività che gli vengono affidate;

b) che, per quanto gli consta, non esistono circostanze o fatti potenzialmente idonei a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza;

c) che, qualora, nel corso dell'incarico, emergesse l'esistenza di un simile conflitto di interessi provvederà immediatamente a comunicarlo alla Direzione Aziendale e al RUP.

DATA
06. 02. 2020

FIRMA DEL DICHIARANTE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ SULL'ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE

(resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL DICHIARANTE

Cognome Rizzo Nome Sergio A.

Data di nascita 23/01/1964 Luogo di nascita Roma Prov RM

in relazione alla nomina di Componente del Tavolo Tecnico per gli adempimenti relativi alla gara per l'affidamento del servizio di soccorso sanitario con elicottero e di gestione, manutenzione ed assistenza antincendio presso le basi operative e le elisuperfici impiegate nell'ambito del Sistema dell'emergenza/urgenza della Regione Basilicata;

consapevole delle conseguenze penali delle dichiarazioni false o mendaci previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 42 D.Lgs. n. 50/2016,

DICHIARA

a) di non trovarsi, per quanto gli è dato sapere, in condizione, anche potenziale, di conflitto di interessi con le attività che gli vengono affidate;

b) che, per quanto gli consta, non esistono circostanze o fatti potenzialmente idonei a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza;

c) che, qualora, nel corso dell'incarico, emergesse l'esistenza di un simile conflitto di interessi provvederà immediatamente a comunicarlo alla Direzione Aziendale e al RUP.

DATA 07/01/2010

FIRMA DEL DICHIARANTE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ SULL'ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE

(resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL DICHIARANTE

Cognome ANDRIULLI Nome ALESSANDRO

Data di nascita 18/04/67 Luogo di nascita MONTESCAGLIOSO Prov MT

in relazione alla nomina di Responsabile Unico del Procedimento (RUP) per gli adempimenti relativi alla gara per l'affidamento del servizio di soccorso sanitario con elicottero e di gestione, manutenzione ed assistenza antincendio presso le basi operative e le elisuperfici impiegate nell'ambito del Sistema dell'emergenza/urgenza della Regione Basilicata;

consapevole delle conseguenze penali delle dichiarazioni false o mendaci previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 42 D.Lgs. n. 50/2016,

DICHIARA

a) di non trovarsi, per quanto gli è dato sapere, in condizione, anche potenziale, di conflitto di interessi con le attività che gli vengono affidate;

b) che, per quanto gli consta, non esistono circostanze o fatti potenzialmente idonei a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza;

c) che, qualora, nel corso dell'incarico, emergesse l'esistenza di un simile conflitto di interessi provvederà immediatamente a comunicarlo alla Direzione Aziendale.

DATA 06/02/20

FIRMA DEL DICHIARANTE